**SOLICITUD DE SERVIDORES SOCIALES – ASIGNACIÓN INTERNA**

**Llenar una solicitud por cada programa de servicio social declarado**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la Unidad Administrativa (Departamento/División/Centro/Subdirección): **(1)** | | | | Requiere que los servidores sociales sean necesariamente alumnos del ITM: **(2)** SI \_\_\_ NO \_\_\_  Si pueden ser de otra institución indique: Cantidad **(3)**\_\_\_ Carrera o perfil: **(4)** | | |
| Nombre del responsable de la Unidad Administrativa (Jefe de Depto./Jefe de División/Jefe de Centro/Subdirector): **(5)** | | | | Correo electrónico del responsable de la Unidad Administrativa: **(6)** | | |
| Nombre del responsable directo del programa: **(7)** | | | | Correo electrónico del responsable directo: **(8)** | | |
| Indique el cargo del responsable directo del programa: **(9)**  Jefe de Oficina \_\_\_ Jefe de Proyecto \_\_\_ Coordinador \_\_\_ Presidente Academia \_\_\_ Secretario Academia \_\_\_ Profesor \_\_\_ Investigador \_\_\_ Otro (especifique): | | | | | | |
| Nombre del Programa: **(10)** | | | | Objetivo: **(11)** | | |
| Meta del POA a la que contribuye el programa: **(12)** | | | | Impacto Social: **(13)** | | |
| Número de beneficiarios: Directos **(14)**\_\_\_\_\_ Indirectos **(15)**\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Fecha de llenado de la solicitud (DD/MM/AA): **(16)** | | Fecha de inicio del programa (DD/MM/AA): **(17)** | | | Fecha de término del programa (DD/MM/AA): **(18)** | |
| Solicitante  **(19)**  Nombre y firma  Responsable de la Unidad Administrativa | Persona Designada o Comisionada  **(20)**  Nombre y firma  Responsable directo del programa | | Vo. Bo.    **(21)**  Jefe del Depto. de G. T. y Vinculación | | | Validado por  **(22)**  Subdirector de Planeación y Vinculación |

Recibió: **(23)**

Jefa de la Oficina de Servicio Social y Desarrollo Comunitario **(24)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Folio Asignado: **(25)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Folio Asignado: **(26)**\_\_\_\_\_\_\_

En la celda correspondiente Indique la cantidad de prestadores de Servicio Social requeridos de conformidad al tipo de actividad que desarrollaran y carrera

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CARRERAS QUE ACTUALMENTE OFRECEN PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL** | | | | | | | | | |  | | |
| **TIPO DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR:** | Admón.. | Conta. | Bioquímica | Eléctrica | Electrónica | Industrial | Informática | Materiales | Mecánica | Sistemas | TIC’s | IGE | Subtotal por actividad | |
| **Apoyo Administrativo** | **(27)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **(28)** | |
| **Apoyo a la Investigación** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Apoyo a la Salud** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Apoyo a Laboratorio** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Atención a Usuarios/Clientes** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Cuidado al Medio Ambiente** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Desarrollo Comunitario** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Desarrollo de Sistemas/Software** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Educación para Adultos** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Elaboración de Proyectos** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Programas de Contingencia** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Mantenimiento de Equipo e Instalaciones** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Promoción Cultural** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Promoción Deportiva** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Otras (especifique):** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Subtotal por carrera** | **(29)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **(30)** | |
| **TOTAL DE PRESTADORES SOLICITADOS** | | | | | | | | | | |  |  |  | |

Horario en que se requiere acudan los servidores sociales: Por la mañana: **(31)**\_\_\_\_\_\_\_\_ Por la Tarde: **(32)**\_\_\_\_\_\_\_\_ Indistinto: **(33)**\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO** | **NOMBRE** |
| 1 | Anotar el nombre de la unidad administrativa (Departamento, División, Centro, Subdirección) del Instituto Tecnológico de Morelia.  NO IMPRIMIR ESTA PÁGINA |
| 2 | Marcar con una X para indicar si los prestadores de Servicio Social deben ser solamente estudiantes de la institución. |
| 3 | Anotar el número de prestadores de Servicio Social en el caso de que puedan recibirse estudiantes de otra institución. |
| 4 | Anotar la carrera o perfil de los prestadores de Servicio Social en el caso de que puedan recibirse estudiantes de otra institución. |
| 5 | Anotar el nombre del responsable la unidad administrativa. |
| 6 | Anotar el correo electrónico oficial del responsable de la unidad administrativa. |
| 7 | Anotar el nombre del responsable directo (asesor del Servicio Social) del Programa de Servicio Social en el que participarán los estudiantes. |
| 8 | Anotar el correo electrónico del responsable directo. |
| 9 | Marcar con una X el tipo de cargo del responsable directo. |
| 10 | Anotar el nombre del Programa de Servicio Social, por ejemplo: “Control Digital de Préstamos de Laboratorio”. |
| 11 | Anotar el objetivo del Programa de Servicio Social, por ejemplo: “crear una plataforma digital para la administración de material de laboratorio”. |
| 12 | Anotar la meta a la cual contribuye el Programa de Servicio Social. |
| 13 | Anotar el impacto social, ecológico, económico o técnico-científico con el cual el Programa de Servicio Social contribuye al desarrollo sustentable, por ejemplo: “reducir el extravío de material de laboratorio, reducir los tiempos de préstamo y devolución, planear mantenimientos y reducir el consumo de papel”. |
| 14 | Anotar un estimado del número de beneficiarios directos, por ejemplo: “200 estudiantes”. |
| 15 | Anotar un estimado del número de beneficiarios indirectos, por ejemplo: “17 profesores”. |
| 16 | Fecha de elaboración de la solicitud. |
| 17 | Fecha de inicio de los prestadores de Servicio Social. |
| 18 | Fecha de término de los prestadores de Servicio Social (considerar una duración de 6 meses). |
| 19 | Nombre y firma del responsable de la unidad administrativa. |
| 20 | Nombre y firma del responsable directo del Programa de Servicio Social. |
| 21 | Nombre y firma del Jefe del Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación del Instituto Tecnológico de Morelia. |
| 22 | Nombre y firma del Subdirector de Planeación y Vinculación del Instituto Tecnológico de Morelia.  NO IMPRIMIR ESTA PÁGINA |
| 23 | Anotar el nombre del Jefe de la Oficina de Servicio Social y Desarrollo Comunitario del Depto. de Gestión Tecnológica y Vinculación. |
| 24 | Firma del Jefe de la Oficina de Servicio Social y Desarrollo Comunitario y sello de recibido de la solicitud. |
| 25 | Anotar el folio de solicitud (asignado por el Depto. de Gestión Tecnológica y Vinculación). |
| 26 | Anotar el folio de solicitud (asignado por el Depto. de Gestión Tecnológica y Vinculación). |
| 27 | Anotar el número de prestadores de Servicio Social requeridos correspondientes a cada carrera y al tipo de actividades que desarrollarán. |
| 28 | Anotar el subtotal de prestadores de Servicio Social por tipo de actividad. |
| 29 | Anotar el subtotal de prestadores de Servicio Social por carrera. |
| 30 | Anotar el número total de prestadores de Servicio Social solicitados. |
| 31 | Marcar con una X para indicar si el horario para los prestadores de Servicio Social será en la mañana. |
| 32 | Marcar con una X para indicar si el horario para los prestadores de Servicio Social será en la tarde. |
| 33 | Marcar con una X para indicar si el horario para los prestadores de Servicio Social es indistinto entre mañana y tarde. |

**NOTA: Elaborar en hoja membretada.**